



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
Faculdade de Ceilândia – FCE
Curso de Graduação em Saúde Coletiva
Trabalho de Conclusão de Curso

O Instituto de Saúde Mental e a resignificação da loucura: possibilidades de atuação do sanitarista na Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal

Juliana Cristina Barbosa Borges

BRASÍLIA
Julho de 2019



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
Faculdade de Ceilândia – FCE
Curso de Graduação em Saúde Coletiva
Trabalho de Conclusão de Curso

O Instituto de Saúde Mental e a ressignificação da loucura: possibilidades de atuação do sanitarista na Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal

Monografia apresentada ao Curso de Saúde Coletiva da Faculdade de Ceilândia – FCE, como requisito para a obtenção do título de Bacharel em Saúde Coletiva.

Juliana Cristina Barbosa Borges

BRASÍLIA
Julho de 2019

JULIANA CRISTINA BARBOSA BORGES

O Instituto de Saúde Mental e a ressignificação da loucura:
Possibilidades de atuação do sanitarista na Rede de Atenção Psicossocial do Distrito
Federal

*Monografia apresentada ao Curso de Saúde Coletiva
da Faculdade de Ceilândia – FCE, como requisito
para a obtenção do título de Bacharel em Saúde
Coletiva.*

Orientadora: Profa. Dra. Érica Quinaglia Silva

Avaliada em: ____ de _____ 2019

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Érica Quinaglia Silva

Profa. Dra. Ana Cláudia Afonso Valladares Torres

Prof. Dr. Breitner Luiz Tavares

Dedico este trabalho aos usuários institucionalizados do Instituto de Saúde Mental que me acolheram de forma tão amorosa e sincera, à loucura em sua forma mais real e pura.

“Os loucos somos nós...”

Eliane Brum

AGRADECIMENTOS

Agradeço a mim mesma. Pelo meu esforço, dedicação, amadurecimento, vivências e por não ter me permitido desistir. Agradeço aos meus erros por me proporcionarem tamanho aprendizado e aos acertos pelos momentos felizes e recompensantes que a graduação trouxe.

A toda minha família. Mas especialmente a minha mãe, Efigênia Maria Barbosa, por ser a pessoa que mais acredita em mim, por ter sido mãe e pai desde os meus 10 anos, sempre se desdobrando para me proporcionar o melhor. Por me lembrar quase diariamente que a educação é o melhor caminho. Obrigada, mãe, pelo apoio, compreensão e por ser a fonte do maior amor que eu já conheci.

Ao meu pai (em memória) por ser minha inspiração de cuidado, carinho, generosidade, bondade e pelo tempo que pudemos passar juntos.

Aos meus irmãos Cristiane Elisa Barbosa Borges e Eduilson Borges de Lima Júnior por serem meu exemplo de persistência e garra. Às minhas sobrinhas Heloísa e Helena por serem o motivo da minha alegria e do meu amor mais genuíno.

À minha orientadora Érica Quinaglia pela paciência, competência e sensibilidade, por todas as ensinamentos e oportunidades acadêmicas. Tenho plena convicção de que me despeço da graduação tendo escolhido a melhor temática para trabalho de conclusão de curso. A saúde mental me proporcionou momentos emocionantes e me tornou mais humana.

Às amigas que fiz durante a graduação, também as que fiz outrora: Rebeca, Letícia, Maria, Natália e Marcus, pois nenhum caminho é longo demais quando um amigo nos acompanha. Agradeço por sempre me ouvirem, aconselharem, e por compartilharem momentos bons e ruins, sempre acalentando o meu coração.

À Universidade de Brasília e todas as possibilidades que ela oferece. Aos dias agradáveis que passei nesse ambiente diverso e enriquecedor. Aos projetos de iniciação científica, extensão, debates. Foi neste lugar que cresci e amadureci tanto profissionalmente, como pessoalmente. Devo isso a cada um dos professores, levarei para sempre comigo cada ensinamento.

Também agradeço imensamente a todas as pessoas do ISM pela troca de experiências concedidas a esse trabalho, por sempre terem me recebido da melhor maneira. Aos usuários institucionalizados da casa de passagem que me mostraram que perigoso é o preconceito; aos loucos devo respeito e amor.

BORGES, Juliana C. Barbosa. O Instituto de Saúde Mental e a ressignificação da loucura: possibilidades de atuação do sanitarista na Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Ceilândia, 2019.

RESUMO

Esta monografia foi resultado de uma pesquisa etnográfica realizada no Instituto de Saúde Mental (ISM), localizado no Distrito Federal, cujo objetivo foi relatar sua atuação na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Distrito Federal, levando em conta as práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde mental de seus usuários. Partindo da conjectura que sugere a importância do profissional sanitarista na construção e reformulação de políticas públicas de saúde, assim como na efetivação de boas práticas na RAPS, questiona-se a atual conjuntura sobre a temática, permeada por retrocessos normativos, que põem em risco o ISM e a desinstitucionalização e reintegração das pessoas com transtornos mentais. Por fim, enquanto recomendação, cita-se a necessidade da construção dos Serviços Residenciais Terapêuticos no Distrito Federal, sendo imprescindível reforçar a desconstrução do modelo hospitalocêntrico e lutar a cada dia contra o manicômio em suas várias formas, do hospital psiquiátrico à comunidade terapêutica, incluindo o manicômio judiciário.

Palavras-chave: Saúde Mental, Residência Terapêutica, Saúde coletiva.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

ATP	Ala de Tratamento Psiquiátrico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEP/ CHS	Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais
DF	Distrito Federal
FCE	Faculdade de Ceilândia
HCTP	Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico
ISM	Instituto de Saúde Mental
NAPS	Núcleo de Apoio Psicossocial
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAD	Programa de Apoio e Desospitalização
PAILI	Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator
PFDF	Penitenciária Feminina do Distrito Federal
PNH	Política Nacional de Humanização
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SRT	Serviço Residencial Terapêutico
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UnB	Universidade de Brasília

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - CAPS II Riacho Fundo	16
Figura 2 - Centro de Convivência Metamorfose	17
Figura 3 - Galpão Querência dos Maragatos	18
Figura 4 - Refeitório da Casa de Passagem	21
Figura 5 - Residência masculina	22
Figura 6 - Residência Feminina.....	22
Figura 7 - Caco Terapêutico.....	24
Figura 8 - Ressignificação da Loucura	26
Figura 9 - A loucura é contagiante	26
Figura 10 - Interação com a natureza	31
Figura 11 - Loucura é resistência	32

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
JUSTIFICATIVA	3
OBJETIVOS	4
1.1 GERAL	4
1.2 ESPECÍFICOS	4
MÉTODOS DA PESQUISA	5
REFERENCIAL TEÓRICO	7
1. Loucura: histórico e reflexões	7
2. Quem é o louco, afinal?	9
3. O direito à saúde mental no Brasil	12
ENTRANDO NO INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL	16
AS TROCAS QUE A ETNOGRAFIA PERMITE	19
DISCUSSÃO	33
CONSIDERAÇÕES FINAIS	36
REFERÊNCIAS	37
ANEXO	40

INTRODUÇÃO

Em um mundo onde a exaltação da razão e a normalização de saberes, comportamentos e ações são notoriamente determinantes, falar sobre a loucura e seus cenários de exclusão social, assim como sobre as diversas possibilidades de interpretação do fenômeno saúde-doença mental, torna-se um grande desafio. Contudo, desafio maior seria refletir sobre o que as diferentes sensibilidades em relação à loucura podem fazer para alterar tais inclinações ao processo de isolamento provocado pela psiquiatria psicofarmacológica convencional, à marginalização e à pouca possibilidade de reinserção da pessoa com transtorno mental ao meio social.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2001, p.26), “a saúde mental é tão importante quanto a saúde física para o bem-estar dos indivíduos, das sociedades e dos países”. Ainda de acordo com a OMS, não existe uma conceituação precisa no que diz respeito à saúde mental, uma vez que para tal construção conceitual devem ser considerados variados aspectos como determinantes sociais e a subjetividade dos sujeitos, que variam de acordo com o ambiente e a influência cultural neles exercida. “As perturbações mentais não são exclusivas deste ou daquele grupo especial; elas são verdadeiramente universais. Observam-se em pessoas de todas as regiões, de todos os países e de todas as sociedades” (OMS, 2001, p.55).

De acordo com o Plano de Ação para a Saúde Mental 2013-2020 (OMS, 2013), os transtornos mentais, neurológicos e de uso de substâncias, em conjunto, representam 13% da carga global total de doenças. A depressão, sozinha, representa 4,3% dessa porcentagem: essa doença se encontra entre as maiores causas de incapacidade em todo o mundo. A lista que contempla todas as perturbações mentais e comportamentais pode ser encontrada na Classificação de Perturbações Mentais e Comportamentais CID-10: Descrições Clínicas e Normas de Diagnóstico.

No que concerne à especificação das doenças tidas como perturbações mentais, o Relatório Mundial de Saúde (2001) reitera que as classificações dizem respeito a síndromes e condições, não podendo se estender às pessoas. Estas podem sofrer de uma ou mais perturbações durante um ou mais períodos da vida, mas nunca um indivíduo deve ser rotulado por um diagnóstico (OMS, 2001, p.54), o que fortaleceria o processo de associação negativa e criação de estigmas.

É considerável salientar que a saúde mental e, do mesmo modo, os transtornos mentais são definições que derivam de uma concepção social (SAMPAIO, 1998), ou seja, trata-se de acepções permeadas contextualmente por diferentes culturas, o que permite inferir que o vínculo entre loucura e patologia não é universal. Deste modo, sob uma leitura hermenêutica do imaginário social, a loucura pode ser tida como o mero afastamento de um padrão que configura as relações normal-anormal, ou também como saúde-doença, existentes a partir de uma realidade da existência coletiva. Ou seja, configura-se louco o indivíduo cuja maneira de ser é relativa à maneira considerada usual aos padrões, sendo a interpretação da loucura como doença variável, de igual modo como variam os costumes e o contexto sociocultural.

Assim, quer se conceba o louco como doente, a loucura como a degenerescência do ser humano e, portanto, como ausência de lucidez (ou de conhecimento), quer se encare a loucura como a forma de conhecimento da verdade e o louco como aquele que sabe “olhar o mundo com os olhos da realidade”, tanto num caso, como no outro, o louco se encontra excluído do universo comum dos mortais (FRAYZE-PEREIRA, 1984, p.12).

Dentre as várias compreensões sobre a saúde mental em relação à loucura, foi necessário um longo itinerário para a elucidação do louco como doente mental. É, então, nesse panorama de desafios e conquistas que surge a importância da produção de conhecimento e formulação de intervenções, um dos fatores motivadores do estudo, o interesse em compreender as possíveis ressignificações da loucura, assim como investigar as possibilidades de atuação do profissional sanitário na Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) do Distrito Federal.

“A política, os programas e a legislação sobre saúde mental constituem fases necessárias de uma ação significativa e sustentada, devendo basear-se nos conhecimentos atuais e na consideração pelos direitos humanos” (OMS, 2001, p.188). Torna-se, assim, fundamental a ampla discussão sobre a temática no ambiente acadêmico, especificamente na graduação em Saúde Coletiva, para o desenvolvimento de ideias que articulem esses dois campos.

O presente estudo teve como ponto de partida o Instituto de Saúde Mental (ISM) e a identificação de sua atuação na proteção, promoção da saúde e na reinserção das pessoas com transtornos mentais ao seu meio social.

JUSTIFICATIVA

Partindo do pressuposto que sugere a importância do profissional sanitarista na construção e reformulação de políticas públicas de saúde e, ainda, no que implica a premência de boas práticas para o bom funcionamento das instituições de saúde mental ofertadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), a motivação do presente estudo foi o interesse em conhecer como atua o ISM na RAPS do Distrito Federal na promoção, proteção e recuperação da saúde mental de seus usuários.

Birman e Nunes (2005) afirmam que um dos traços estruturais da Saúde Coletiva é a incorporação de uma leitura crítica e reflexiva do projeto médico-naturalista, em diálogo com a filosofia, entre outras disciplinas das ciências sociais e humanas. Em consequência, desenvolver o trabalho de conclusão de curso em um cenário no qual se insere a loucura, a luta antimanicomial, o pensamento como um ato político (PELBART, 1990) e exercitar essa perspectiva crítica a fim de fortalecer o respeito pelos direitos humanos das pessoas com transtornos mentais torna-se desafiador e, sobretudo, enriquecedor.

Desse modo, estudar e vivenciar experiências de trabalho em saúde mental a partir da observação participante com usuários e profissionais do ISM demonstrou-se sobremaneira valioso para minha formação e capacitação acadêmico-profissional, visando posterior atuação na área da saúde. Vale ressaltar que a presente pesquisa se fundamenta na Lei nº 10.216/2001, um dos marcos das legislações que dispõem sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, com fins de analisar como se encontra o cenário dos serviços de saúde mental do Distrito Federal.

Como ressalta Paim e Almeida Filho (1998), no entendimento da Saúde Coletiva como campo de conhecimento e âmbito de práticas:

A saúde coletiva contribui com o estudo do fenômeno saúde/doença em populações enquanto processo social; investiga a produção e distribuição das doenças na sociedade como processos de produção e reprodução social; analisa as práticas de saúde (processo de trabalho) na sua articulação com as demais práticas sociais; procura compreender, enfim, as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e se organiza para enfrentá-los (PAIM e ALMEIDA FILHO, 1998, p. 309).

OBJETIVOS

1.1 GERAL

Investigar qual é a atuação do ISM na RAPS do Distrito Federal nas práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde mental de seus usuários.

1.2 ESPECÍFICOS

- *Identificar a efetividade, lacunas e fortalezas dos serviços de saúde oferecidos no ISM nos processos vividos pelos usuários e profissionais de saúde.*
- *Identificar as possibilidades de atuação do profissional sanitарista na RAPS do Distrito Federal.*
- *Comparar a aplicação dos serviços de saúde mental oferecidos pelo ISM com a legislação de saúde mental vigente.*
- *Relatar a importância do ISM para a comunidade local demandante dos serviços.*

MÉTODOS DA PESQUISA

Trata-se de um estudo qualitativo com realização de etnografia no ISM do Distrito Federal para conhecimento das percepções dos usuários e dos profissionais de saúde que atuam nessa instituição. Os dados foram coletados a partir de entrevistas, fotografias, vivências e observação dos serviços de saúde ofertados pelo ISM, com destinação à recuperação da saúde mental e finalidade permanente de reinserção dos usuários em seu meio social. O presente estudo passou por avaliação e teve aprovação por parte do Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS). Dessa forma, a pesquisa está de acordo com as exigências das resoluções sobre ética em pesquisa com pessoas e/ou grupos sociais (CAAE 87865018.9.0000.5540).

Como a pesquisa abordou tema sensível aos/às participantes, sobretudo aos usuários do ISM, apesar de os riscos serem mínimos, era possível que ocorresse eventual desconforto. Esses danos foram minimizados por meio de realização de entrevista em local reservado. Caso solicitado, a entrevista podia ser interrompida, sem qualquer prejuízo aos/às participantes, conforme constava no termo de consentimento livre e esclarecido. No caso dos usuários, eles poderiam ser encaminhados para os serviços disponíveis no próprio instituto.

Segundo Minayo (1993), qualquer investigação social deve contemplar os aspectos qualitativos, na medida em que lida com pessoas, suas histórias e experiências de vida:

A pesquisa qualitativa que visa a compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto a valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais" (MINAYO, 1993, p. 23).

A abordagem etnográfica nas pesquisas qualitativas caracteriza-se, então, como instrumento de observação das vivências em campo, das quais o pesquisador se relaciona com o ambiente e com os sujeitos, construindo caminhos de análise dos cenários que possibilitam o aperfeiçoamento face aos dados coletados.

A etnografia como metodologia da pesquisa possibilitou a imersão no contexto social pesquisado. Como afirma Peirano (2008), uma boa etnografia não se restringe apenas a uma prática de pesquisa, mas concerne à própria teoria vivida, sendo a

referência teórica par inseparável para a construção dessa vivência. Ainda de acordo com a autora, é o diálogo íntimo entre os dois eixos, teoria e etnografia, que possibilita a renovação do saber, não se restringindo apenas ao exercício monográfico. Dessa forma, “a etnografia não é apenas um método, mas uma forma de ver e ouvir, uma maneira de interpretar, uma perspectiva analítica, a própria teoria em ação” (PEIRANO, 2008, p. 03).

As conversas com os profissionais do serviço foram alicerçadas em entrevistas semiestruturadas, com o interesse de responder a questões acerca do antigo ISM e seus serviços; da profissão dos entrevistados e tempo de exercício; de seus pensamentos acerca da medida de segurança e dos usuários advindos da Ala de Tratamento Psiquiátrico (ATP) que ali realizam seu tratamento, alguns moradores da casa da passagem; de como são feitos os encaminhamentos para o ISM; de quais são as atividades desenvolvidas e sua periodicidade; e, por fim, de quais eram suas percepções sobre as lacunas e fortalezas do ISM. Já as entrevistas com os usuários buscaram conhecer seus diagnósticos; de quais atividades participavam e quais eram seus pensamentos acerca dos serviços e do tratamento recebido pelos profissionais do ISM.

Foram realizadas 16 entrevistas ao total. Dessas, 11 foram com profissionais e 5 com usuários, mediante a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido por eles e de uma carta de aceite institucional pelo Diretor do ISM. Os dados que pudessem identificar a fonte foram omitidos por abreviaturas, de forma a preservar o sigilo da pessoa entrevistada. Além disso, foram produzidos registros fotográficos do ISM e de usuários moradores da Casa de passagem.

A fotografia enquanto ferramenta de pesquisa possibilitou a ampliação das percepções sobre a realidade dos serviços e uma observação mais íntima do cotidiano dos moradores do ISM. Proporcionou, portanto, a captação e registro de elementos subjetivos intangíveis, que suscitaram profundas reflexões e maior interação entre os sujeitos de pesquisa, principalmente em direção a uma das temáticas, que seja, a ressignificação da loucura.

REFERENCIAL TEÓRICO

1. Loucura: histórico e reflexões

De acordo com Frayze-Pereira (1984, p. 45), “a definição da loucura em termos de doença é uma operação relativamente recente na história da civilização ocidental”. Sobretudo ao analisarmos os marcos temporais, é possível compreender os possíveis fatores que desencadearam a produção da verdade sobre a loucura, culminando no manicômio a forma hodierna de lidar com ela. Esse enclausuramento ocorre não somente nessas instituições totais (GOFFMAN, 1974), como também é instituído culturalmente no olhar da sociedade.

Segundo o autor, é possível esquematizar a gênese da loucura em três momentos. O primeiro corresponde ao fim dos séculos medievais, XV e XVI, em que a loucura circulava livremente pelas cidades, antes exaltada do que dominada, tendo forte ligação com as experiências maiores da renascença e servindo de inspiração para obras literárias, filosóficas e artísticas. Em contraponto, nos séculos XVII e XVIII, o lugar da liberdade foi tomado pelas grandes internações. Ressalta-se que essas internações também foram destinadas a outros grupos sociais em situação de vulnerabilidade, não havendo como objetivo o tratamento ou a cura dos internos.

No decorrer do século XVII, a loucura abandona de modo definitivo a nau em que ritualmente navegava por toda parte e se fixa no hospital. Isto é, através da Europa, criam-se casas de internamento onde a loucura é retida. Mas, além disso, nesse mesmo século, o pensamento moderno aprisiona filosoficamente a loucura. E antes de verificarmos essa nova situação, convém lembrarmos que ela se estruturou no interior da sociedade burguesa nascente, isto é, uma sociedade voltada sobretudo para os poderes da razão. E esta que, se metodicamente cultivada, fará do homem senhor da natureza. (FRAYZE-PEREIRA, 1984, p. 60)

Ainda conforme Frayze-Pereira, muitas das práticas da segunda fase culminaram nas práticas de internação contemporâneas, consolidando a hegemonia do pensamento biomédico. Em sequência, os séculos XIX e XX foram palco de tendências divergentes e antagônicas, uma vez que houve um movimento de prosperidade de um novo ramo da medicina que considerou as doenças mentais como temática legítima para investigação científica, a psiquiatria. Não obstante, as práticas de internação eram em instituições de tipo carcerário, sob condições insalubres, sem a devida assistência médica nem o condigno apoio do Estado, sendo os ditos loucos

submetidos à pior condenação, a do esquecimento. "Essas tendências vieram a ser exportadas para a África, as Américas e a Ásia" (OMS, 2001, p.95).

Segundo Michel Foucault (1972), um dos renomados autores que discorrem sobre o histórico da doença mental, uma das características gerais do efeito referente à relação sociedade-loucura se configura na exclusão. Afirmar-se que o olhar atual sobre a loucura herdou muitas das relações que a cultura no seu conjunto havia instaurado com a desrazão. Foucault reitera que "é próprio à nossa cultura dar à doença o sentido do desvio e ao doente um status que o exclui" (FOUCAULT, 1968, p. 51), validando o relativismo que cada vez mais reduz a natureza própria da loucura a um mero desvio e o doente a um simbolismo negativo que o segrega e o delimita. Entretanto, paradoxalmente, se o entendimento da loucura pode variar de acordo com o ambiente e a influência cultural, decerto, o vínculo entre loucura e patologia não é universal.

Foucault alega que a segregação de grupos sociais teve início com a finalidade de evitar a disseminação da lepra, com os chamados leprosários, no marco temporal que vai desde a Alta Idade Média até o fim das cruzadas. Entretanto, o simbolismo e as imagens que aderiram ao personagem do leproso se mantiveram por muito mais tempo que a doença, construindo a importância da existência dessa figura temida e julgada pela sociedade. Esse cenário de pessoas banidas das cidades pelo discurso higienista e separativo desencadeou posteriormente a replicação do processo de enclausuramento de quaisquer outras pessoas que não se adequavam ao padrão social em instituições totais.

Corroborando com a ideia, Erving Goffman descreve que instituição total seria um: "Local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada." (GOFFMAN, 1961, p. 11).

Acerca das internações, o Relatório Mundial da Saúde (2001) ressalta que as falhas dos manicômios são colocadas em evidência por numerosos casos de maus tratos às pessoas com transtornos mentais mediante procedimentos deficientes de cuidado, falta de treinamento de profissionais e inadequação das inspeções de controle de qualidade. A junção desses diversos fatores resultou na longa trajetória de violação dos direitos humanos de um grupo cuja rejeição social foi fator determinante de vida, ou de morte.

No Brasil, vivenciamos uma verdadeira tragédia social relatada pela jornalista Daniela Arbex no livro "Holocausto Brasileiro", que conta a história dos tratamentos infligidos aos internos do Hospital Colônia de Barbacena, em Minas Gerais, no período compreendido desde sua criação, em 1903, até a década de 1980. Foi no hospital Colônia, o maior hospício do Brasil, em que houve em torno de 60 mil mortes de pessoas que ali foram internadas e esquecidas. Arbex ressalta que cerca de 70% dos internos não tinham diagnóstico de transtorno mental, “eram epiléticos, alcoolistas, homossexuais, prostitutas, gente que se rebelava, gente que se tornara incômoda para alguém com mais poder” (ARBEX, 2013, p. 11).

Os pacientes do Colônia morriam de frio, de fome, de doença. Morriam também de choque. Em alguns dias, os eletrochoques eram tantos e tão fortes, que a sobrecarga derrubava a rede do município. Nos períodos de maior lotação, dezesseis pessoas morriam a cada dia. Morriam de tudo — e também de invisibilidade (ARBEX, 2013, p. 12).

Essa situação se repetiu em instituições totais equivalentes em outras cidades brasileiras. Determinantes sociais culminaram em processos como a perda do vínculo social, dos laços familiares e da cidadania. “Processos pelos quais o eu da pessoa é mortificado são relativamente padronizados nas instituições totais” (GRESHAM apud GOFFMAN, 1961, p.24).

Além da deformação pessoal que decorre do fato de a pessoa perder seu conjunto de identidade, existe a desfiguração pessoal que decorre de mutilações diretas e permanentes do corpo – por exemplo, marcas ou perda de membros. Embora essa mortificação do eu através do corpo seja encontrada em poucas instituições totais, a perda de um sentido de segurança pessoal é comum, e constitui um fundamento para angústias quanto ao desfiguramento. (GOFFMAN, 1961, p. 29)

O que a história da loucura nos revela é que a lógica manicomial ainda persistirá enquanto houver a soberania da razão, enquanto enclausurarmos a loucura e não dermos a ela o devido tratamento e visibilidade. Como cita Erving Goffman, “a análise desses processos pode nos auxiliar a ver as disposições que os estabelecimentos comuns devem garantir, a fim de que seus membros possam preservar seu eu civil” (1961, p.24).

2. Quem é o louco, afinal?

Se o fenômeno da loucura já é conhecido em suas variadas interpretações ao longo da história, surgem questionamentos: Quais seriam as possíveis

(res)significações da loucura, que tomem primariamente em conta a compreensão dos indivíduos, conduzindo à desconstrução do olhar que empresta ao louco um papel social que o transfigura em monstro e retira-lhe o estatuto de humanidade?, Este olhar que, sobretudo “nos fazer esquecer que algo se diz através da loucura. Isto é, algo cujo sentido denuncia o contexto no qual ela emerge” (FRAYZE-PEREIRA, 1984, p.11). Ademais, quem seria o louco, afinal? Qual seria a linha que separa a lucidez da loucura?

Decerto que impossível seria pensar na saúde mental enquanto conceito sólido, ao qual a anormalidade se opõe. Tanto a lucidez, quanto a desrazão são utópicas e interpretadas de acordo com perspectivas culturais diversas. Em contraponto, a atualidade é marcada por um número crescente de indivíduos diagnosticados com algum transtorno mental. Sentimentos psíquicos que fazem parte da vida de qualquer pessoa, como os momentos de tristeza, por exemplo, estão sendo diagnosticados como depressão. Com efeito, é cada vez mais frequente uma (hiper)medicalização de comportamentos.

Por conseguinte, como deve-se referir à pessoa com diagnóstico de algum tipo de transtorno mental? Para responder a tais questionamentos o Parecer sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a Perspectiva Da Lei N. 10.216/2001 destaca que variadas expressões, hodiernas ou não, apontam para uma sobreposição da doença à pessoa. Neste parecer, opta-se pela expressão “pessoa com transtorno mental”, pois marca melhor o entendimento de que o predomínio é da pessoa e não do transtorno (BRASIL, 2011).

Importa notar que originalmente o conceito de doença mental está implicado nos termos do que se chamou de saúde Mental: uma contradição terminológica não exclusiva da Psiquiatria, mas generalizada por toda a Medicina ocidental que, partindo de seu próprio paradigma como ciência, coloca-se como a forma legítima para tratar daquilo mesmo para o que se reconhece como a única com competência o bastante para determinar (BRASIL, 2011, p. 14)

O Relatório Mundial de Saúde (2002) destaca que fatores psicológicos do indivíduo estão relacionados com o desenvolvimento de transtornos mentais. Ademais, a presença de marcadores sociais associados à loucura nos permite compreender as características que permeiam o espaço social do louco.

“Fatores sociais, como a urbanização descontrolada, a pobreza e a rápida transformação tecnológica são também relevantes. É particularmente importante a relação entre saúde mental e pobreza: os pobres e os carentes apresentam uma maior prevalência de perturbações, inclusive o abuso de substâncias” (OMS, 2002, p.20).

Ainda de acordo com a OMS, infere-se que a incidência de comportamento anormal não significa necessariamente a presença de perturbação mental, visto que “para serem classificadas como perturbações, é preciso que essas anormalidades sejam recorrentes e que resultem numa certa deterioração ou perturbação do funcionamento pessoal numa ou mais esferas da vida” (OMS, 2002, p.53). O fato é que, em todas as circunstâncias, é de extrema importância que ocorra “o uso racional de intervenções farmacológicas, psicológicas e psicossociais de uma forma clinicamente significativa, equilibrada e bem integrada” (OMS, 2002, p.104).

Outros questionamentos tomam enorme proporção ao nos depararmos com os chamados loucos infratores, pessoas com transtornos mentais que tiveram um conflito com a lei. Essa é uma realidade complexa, que circunda a junção de estigmas sociais e dá abertura para uma série de violações dos direitos dos pacientes judiciários, em maioria muito mais vítimas do que produtores da violência. Essas pessoas encontram-se até a atualidade encarceradas nos manicômios judiciários brasileiros.

Como apresenta o Parecer Sobre Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a Perspectiva da Lei Nº 10.216/2001, o hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (HCTP), por princípio, padece de uma natureza ambígua uma vez que, embora sejam estabelecimentos tidos como locais para tratamento de pessoas com transtornos mentais que, em razão de sua incapacidade, se encontram cumprindo medida de segurança, “(...) não se encontram inseridos no sistema de saúde, mas sim na estrutura do sistema prisional e não cumprem sua finalidade assistencial” (BRASIL, 2011).

Assim, perpetua-se até os dias atuais a ideia de periculosidade associada à loucura, sobretudo quando esse conceito se junta ao da criminalidade. Sobre as pessoas com transtornos mentais, especificamente aquelas que tiveram um conflito com a lei, recai um simbolismo negativo, construído por meio de um discurso cujo paradigma é o medo. Esse preconceito social fundamentado em estigmas sobre um comportamento desviante do intitulado normal nos faz esquecer que o conceito de periculosidade é suscetível a todos nós: a periculosidade não cessa em momento algum; sob determinadas circunstâncias, todos nós somos potencialmente perigosos.

Em síntese, conclui Pelbart (1990) em “Manicômio mental - a outra face da clausura”: não basta destruir os manicômios se mantivermos intacto um outro manicômio, o mental, em que confinamos a desrazão, ou a nossa loucura.

3. O direito à saúde mental no Brasil

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2001), os valores sociais e a percepção social dos transtornos mentais sempre se refletiram nos cuidados e ações de saúde. Com o movimento da reforma psiquiátrica, iniciado nos anos 1970 e fortalecido pela reforma sanitária – que culminou com a criação do SUS em 1988 –, surge a inclinação para a reformulação das práticas em saúde mental, a fim de assegurar a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais e humanizar o ambiente manicomial. Nesse contexto, estabeleceu-se o lema do movimento “Por uma sociedade sem manicômios”.

Foi a partir da Declaração de Caracas, proclamada em novembro de 1990 pela Conferência Regional para a reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina, que foram elucidados questionamentos como o desenvolvimento dos cuidados psiquiátricos vinculados aos cuidados primários de saúde e no âmbito dos sistemas de saúde locais. A declaração destaca os processos de isolamento provocados pela atenção psiquiátrica convencional, viabilizando justificativas ideológicas para estimular a discussão de alternativas no cuidado ao doente mental.

Ainda na década de 1990, o Ministério da Saúde, em consonância com as experiências de reforma da assistência psiquiátrica no mundo ocidental contidas na referida declaração, definiu uma nova política de saúde mental, iniciada com o Programa de Apoio a Desospitalização (PAD), como estratégia governamental para a desativação maciça de leitos psiquiátricos (DELGADO et al., 2007). Nesse momento, o Brasil se vê diante das primeiras normas de regulação a implementação de serviços de atenção diária, constituídas nas experiências dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia, e as primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

As grandes internações, aos poucos, deram lugar para um modelo substitutivo, no qual os usuários seriam atendidos fora dos hospitais, com destaque para a desinstitucionalização. Todavia, o relatório Mundial da Saúde ressalta que a desinstitucionalização não é sinônimo de desospitalização. Não obstante seja de

extrema relevância na reforma da saúde mental, “a desinstitucionalização é um processo complexo que leva à implementação de uma rede sólida de alternativas comunitárias. Fechar hospitais mentais sem alternativas comunitárias é tão perigoso como criar alternativas comunitárias sem fechar hospitais psiquiátricos” (OMS, 2001, p.98).

Desse modo, é estabelecida a Portaria nº 224/1992, que versa sobre os núcleos/centros de atenção psicossocial (NAPS/CAPS) e o atendimento em saúde mental na rede do SUS. Suas diretrizes determinam que a organização de serviços deve ser baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações; deve haver continuidade da atenção nos vários níveis, assim como multiprofissionalidade na prestação de serviços; deve haver ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução; e deve existir definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

Entretanto, atualmente boa parte do que consta nessa portaria já foi superado por outras normas, como exemplo das Portarias 336/2002 e 189/2002. Estão válidas, ainda, no entanto, as diretrizes estabelecidas para hospitais-dia e ambulatorios.

Neste período, o processo de expansão dos CAPS e NAPS é descontínuo. As novas normatizações do Ministério da Saúde de 1992, embora regulamentassem os novos serviços de atenção diária, não instituíam uma linha específica de financiamento para os CAPS e NAPS. Do mesmo modo, as normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos não previam mecanismos sistemáticos para a redução de leitos. Ao final deste período, o país tem em funcionamento 208 CAPS, mas cerca de 93% dos recursos do Ministério da Saúde para a Saúde Mental ainda são destinados aos hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005, p. 8).

No ano 2000, por meio da portaria 106/2000, criou-se outro importante serviço substitutivo, as residências terapêuticas, moradias ou casas inseridas preferencialmente na comunidade, com finalidade de abrigar os pacientes psiquiátricos desospitalizados que, por algum motivo, não possuem suporte social e laços familiares, e viabilizar suas reinserções sociais. As residências terapêuticas denotam sua relevância ao assegurar os direitos dessas pessoas como cidadãos e como sujeitos em condição de desenvolver uma vida com qualidade e integrada ao ambiente comunitário (BRASIL, 2000).

Nesse contexto de avanços da legislação em saúde mental no Brasil, no ano de 2001, entrou em vigor a Lei nº 10.216, lei da reforma psiquiátrica, que representou um marco ao redirecionar o modelo da assistência psiquiátrica nacional. Essa lei descreve em seus 13 artigos aspectos elementares, como a garantia de igualdade formal às pessoas com transtornos mentais e a responsabilidade do Estado no desenvolvimento da política da saúde mental, na assistência e na promoção de ações de saúde voltadas para elas, assim como a orientação de que quaisquer tratamentos deverão visar como finalidade permanente à reinserção social do usuário em seu meio, o que consolida a necessidade de uma rede de atenção psicossocial integral e acolhedora. Em consonância a esses avanços, a Organização Mundial de Saúde declarou 2001 como sendo o ano internacional de saúde mental.

Linhas de financiamento foram, então, criadas pelo Ministério da Saúde para os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico e novos mecanismos foram criados para a fiscalização, gestão e redução programada de leitos psiquiátricos no país (BRASIL, 2005, p. 9). Ainda, um auxílio financeiro foi destinado para os próprios usuários dos serviços, como estabelece a Lei nº 10.708/2003, que instituiu o auxílio reabilitação psicossocial para pessoas com transtornos mentais egressas de instituições totais pelo período de um ano, podendo ser renovado, quando necessário, aos propósitos da reintegração social.

É possível constatar empiricamente o quão são importantes políticas como essas para quem se encontra nessa interseccionalidade de vulnerabilidades, visto que impulsionam a desinstitucionalização de usuários com um longo período de tempo de permanência em hospitais psiquiátricos e demais instituições totais, tanto pela concessão de auxílio reabilitação psicossocial, quanto pela inclusão em programas extra-hospitalares de atenção à saúde mental. “Não há comparação possível entre a vida coletivizada das instituições totais e o residir na comunidade, com toda a sua complexidade e possibilidades de troca” (BRASIL, 2004, p. 13). “Os cuidados baseados na comunidade (ao contrário dos cuidados baseados no hospital) podem identificar recursos e criar alianças saudáveis que, noutras circunstâncias, ficariam ocultas e inativas” (OMS, 2001, p. 103).

Por fim, a Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, institui a RAPS, cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. De acordo com essa portaria,

o cuidado no âmbito do CAPS deve ser desenvolvido por intermédio de um projeto terapêutico individual, envolvendo em sua concepção os profissionais, o usuário e sua família. A ordenação do cuidado deve estar sob a responsabilidade do CAPS ou da atenção básica, garantindo permanente processo de cogestão e acompanhamento longitudinal do caso.

ENTRANDO NO INSTITUTO DE SAÚDE MENTAL

Conheci o ISM em 2017, quando iniciei um projeto de iniciação científica cujo objetivo era entender o funcionamento dos serviços substitutivos à internação de pessoas com transtornos mentais em conflito com a lei em hospitais-presídios. A escolha do ISM, dentre outros serviços da RAPS do Distrito Federal, enquanto referência de estudo, logo me extasiou, e ali começou minha imersão na saúde mental. Em minhas primeiras visitas, imediatamente me surpreendi com a beleza do espaço físico do instituto, que se localiza entre o Riacho Fundo I e o Riacho Fundo II e compreende uma área física de 32 hectares. Há uma vasta vegetação de cerrado nativo e outros biomas advindos da mata atlântica, como a mata das araucárias, um dos resquícios da primeira ocupação do espaço. No ISM também são localizadas nascentes de água mineral e diversos córregos, incluindo o Riacho Fundo, que dá nome à região.

Figura 1 - CAPS II Riacho Fundo



Fonte: Autoral (2018)

Meu primeiro contato foi com um enfermeiro do antigo ambulatório, que me acompanhou em um *tour* pelo espaço do ISM, contando sua história e os serviços que ali eram realizados. Ele me contou que trabalha no instituto há 29 anos e, com muita

generosidade, compartilhou comigo alguns fragmentos do espaço construído em 1963, que foi sede, durante os anos de ditadura, da residência oficial dos governos militares. Na antiga chácara, que atualmente totaliza mais de 30 anos de atendimentos em saúde mental, alguns dos ex-presidentes do regime militar, como Castello Branco, Costa e Silva, Ernesto Geisel e Emílio Garrastazu Médici, passavam finais de semana e feriados desfrutando das piscinas naturais, do ar livre e do contato com a natureza.

O ISM, enquanto serviço de saúde fundamentado nos princípios do SUS, como o acesso universal e o cuidado integral, foi inaugurado em 10 de junho de 1987. Atualmente, a instituição oferece uma série de atividades e serviços, como acolhimento; matriciamento; acompanhamento psiquiátrico e plantão psicológico; atividades e oficinas terapêuticas: Yoga; terapia comunitária; automassagem; atividades desenvolvidas no espaço metamorfose (“Centro de convivência metamorfose”); espaço criativo Caco Terapêutico; visita domiciliar e programa vida em casa; programa de ressocialização de pacientes em conflito com a lei; programa de geração de renda; e atendimento a pessoas vítimas de violência, que são abertos ao público geral.

Figura 2 - Centro de Convivência Metamorfose



Fonte: Autoral (2018)

Essas atividades são realizadas por todo o espaço do ISM, que abrange diversas dependências físicas, como a administração; o antigo ambulatório, agora denominado policlínica; um CAPS; a Querência dos Maragatos (um amplo galpão de madeira destinado a diferentes oficinas); o refeitório; a Farmácia Viva; e a Casa de Passagem, que, na realidade, compreende duas casas que são divididas por sexo. Essas informações foram obtidas através das conversas com os profissionais e pelo site da Secretaria de Estado da Saúde (SES) do Distrito Federal.

Figura 3 - Galpão Querência dos Maragatos



Fonte: Autoral (2018)

No decorrer da pesquisa etnográfica, recebi, no entanto, uma mensagem do enfermeiro relatando o fim do ISM. Logo entrei em aflição e procurei obter mais informações. Descobri, através dos profissionais, que, por questões políticas da antiga gestão do Distrito Federal, o instituto passaria por uma dissociação dos serviços, do mesmo modo que aconteceu em toda a rede pública de saúde do DF. A ideia do governo foi fragmentar a estrutura, deixando distantes uns dos outros o antigo ambulatório, agora policlínica, o CAPS e a Casa de Passagem, renomeada de Instituto de Saúde Mental.

O novo ISM (a antiga Casa de Passagem) é voltado principalmente para pacientes crônicos, que, a partir da divisão, ficaram desassistidos e ociosos no período de adaptação do serviço. Desse modo, apesar de já ter sido definido meu roteiro de indagações aos profissionais, me vi na obrigação de entender o que esse novo organograma proposto acarretaria à prestação de serviços.

AS TROCAS QUE A ETNOGRAFIA PERMITE

No meu itinerário etnográfico dentro do ISM, pude ter mais proximidade com os profissionais e usuários. Não saberia dizer ao certo o porquê, mas a realidade ali descrita sempre me despertou interesse. Lá, começo conversando com o profissional Sr. E., que me contou um pouco da história do instituto, inicialmente criado enquanto Hospital Dia, modalidade de atendimento médico para usuários que precisam permanecer sob cuidados por até 12 horas no máximo. Logo depois criou-se o ambulatório, destinado a usuários que já haviam passado pelo Hospital Dia e podiam diminuir a quantidade de idas ou já estavam estabilizados. Em seguida, criou-se o CAPS e, por fim, foi criada a Casa de Passagem.

O Sr. E. reiterou que a Casa de Passagem foi criada devido ao fechamento da Clínica de Repouso Planalto, que deixara 26 usuários, que não possuíam vínculo familiar, desassistidos. “E aí a gente foi reinserir esses pacientes. Aqueles que nós não conseguimos achar as famílias ficaram morando aqui no instituto até que fosse construída uma residência terapêutica, mas isso nunca ocorreu.” Ainda sobre o caminho percorrido pelos atuais moradores da Casa de Passagem, o Sr. E. citou que alguns usuários vieram do antigo Rancho Novo, uma clínica em Goiás que foi interditada por flagrante de maus tratos, e outros, da ATP, uma ala destinada a

pessoas que cumprem medida de segurança no Distrito Federal, como anteposto, e que passam, então, a frequentar o instituto, de acordo com o entrevistado, até que a periculosidade cesse, podendo ser encaminhadas, após a desvinculação da Justiça, à própria Casa de Passagem, à sua família ou a algum CAPS perto de sua residência para a continuidade do tratamento.

“E aí eles foram ficando aqui. Então, assim, a nossa clientela aqui é misturada. Tem os que são realmente pacientes crônicos da psiquiatria, tem os que cometeram algum delito seja por transtorno psiquiátrico aliado ao uso de alguma substância seja ela qual for e tem os casos de moradores de rua que vieram para cá, por falta do vínculo familiar.”

Acerca das falhas da Casa de Passagem, a profissional Sr^a M. declarou que aspectos como a estrutura física e a distribuição de profissionais tiveram que passar por adaptações para responder à demanda. Na medida em que apareciam os problemas eram feitas as modificações. “Aqui foi tudo adaptado, foram feitas adequações, mas, assim, tem muita coisa que é bem deficiente porque não foi uma coisa planejada, feita para funcionar com aquele objetivo.” Para exemplificar, ela citou a adequação dos profissionais aos plantões de 24 horas e a chegada de novos profissionais advindos dos últimos concursos da SES, lotados na Casa de Passagem a fim de preencher as lacunas na prestação de serviços e no acompanhamento dos novos usuários. A Sr^a M. alegou que a quantidade de usuários da casa já configura lotação máxima do espaço, cuja instalação deixa a desejar pela falta de planejamento.

“A ideia de ser uma casa de passagem é por dois motivos: primeiro, para determinar que ele não ficasse aqui a vida toda porque tem pacientes que estão aqui há 14 anos e a ideia é que ele vá para uma residência terapêutica na comunidade ou volte para sua família ou arranje um lugar na cidade para se ressocializar. O difícil é fazer isso, né?! Você tem que convencer o poder público, as pessoas, a comunidade, os familiares... Nós temos dois modelos hoje que são os mais usados, o modelo biomédico e o biopsicossocial, e para o modelo biopsicossocial a ideia é que esses pacientes vão para casas terapêuticas na comunidade. Aqui não seria o último lugar para ele, seria na comunidade. O problema é que a gente não consegue fazer isso sempre, não há nenhuma residência terapêutica no Distrito Federal”.

Figura 4 - Refeitório da Casa de Passagem



Fonte: Autoral (2018)

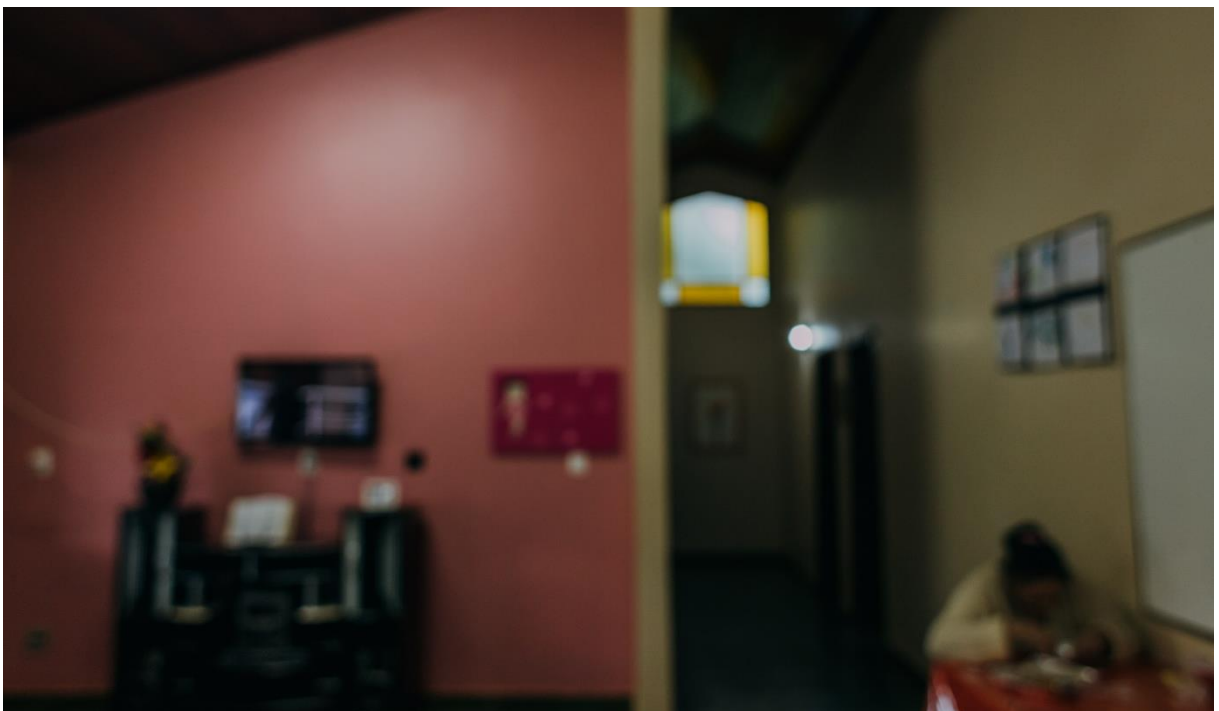
Atualmente, a casa funciona durante 24 horas e conta com profissionais que se dividem em escala para oferecer o cuidado integral aos 33 moradores, 28 homens e 5 mulheres.

Figura 5 - Residência masculina



Fonte: Autoral (2018)

Figura 6 - Residência Feminina



Fonte: Autoral (2018)

Mais da metade dos moradores da Casa de Passagem são advindos de um contexto judiciário, no âmbito da medida de segurança. Como cita o Parecer sobre

Medidas de Segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a Perspectiva da Lei N. 10.216/2001, os HCTP ou, no caso do Distrito Federal, a ATP, apesar de intitulados como serviços de saúde, se encontram inseridos na estrutura do sistema prisional, sobrepondo dois modelos de intervenção social, o jurídico-punitivo e o psiquiátrico-terapêutico (BRASIL, 2011). Por conseguinte, apesar das lacunas narradas pelos funcionários entrevistados sobre a Casa de Passagem, parece-me, pelas minhas vivências em campo e pelas entrevistas traçadas com os pacientes, irrazoável e desproporcional a comparação entre o residir no ISM com o residir em instituições totalitárias, tendo em vista que carácter carcerário, típico de uma ATP, é marcadamente minorado, senão inexistente, no ISM.

As entrevistas com os usuários demonstraram percepções positivas sobre os tratamentos recebidos. O usuário Sr. P., em referência ao antigo local onde era tratado, traz-nos o seguinte relato: “Quando eu estava naquele hospital lá, estava amarrado e tomando injeção, aí o médico me trouxe para cá, disse vamos que aqui você vai ficar melhor, sair de carro, passear...Lá era ruim, os caras batiam muito”.

Ao ser questionado sobre o que pensava sobre o tratamento que recebia no ISM, o usuário aponta: “Aqui é muito melhor, muito mais fácil para sair, pode passear lá embaixo, caminhar... Eu vou lá no mosaico fazer arte, me ajuda.”

Figura 7 - Caco Terapêutico



Fonte: Autoral (2018)

Sobre a medida de segurança, o Sr. E. revelou considerá-la, na modalidade de internação, um problema sério. “Acho que, se é para ter medida de segurança, o paciente tem que ser tratado o mais próximo da casa dele de forma que ele não precise sair da família. Acho que internar não é uma boa solução.” O profissional Sr. R., por sua vez, reiterou ver com “bons olhos” a presença dessas pessoas no instituto, uma vez que o sistema penitenciário é a representação do manicômio, no qual o tratamento é desumano. Em sua opinião, a ressocialização dos ditos loucos infratores deveria ser estimulada, já tendo presenciado casos de sucesso de usuários que, após passarem pelo instituto, retornaram às suas casas. “Acredito que hoje no presídio tem muitos pacientes que poderiam estar usufruindo desse serviço, mas não vêm para cá porque não tem vaga.”

Ainda a respeito da visão sobre o grupo de usuários advindos da ATP, houve falas afirmativas acerca de um tratamento sem diferenciação, como afirmou a profissional Sr^a. J.:

“De quem cometeu um crime para quem não cometeu, aqui, o tratamento para mim é praticamente a mesma coisa. Porque eles cometeram um crime

sob um surto psicótico. Então, é uma pessoa adoecida, né?! Não é aquela pessoa que premeditou.”

Além disso, foram mencionados aspectos como a resistência familiar no acolhimento desses indivíduos que são socialmente circundados de estigmas por manifestarem a junção da doença mental ao delito. Segundo a legislação brasileira, anteriormente mencionada, os usuários que não possuem suporte familiar e social suficientes para garantir espaço adequado de moradia deveriam ser encaminhados aos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia e garantir a progressiva inclusão social do morador. No entanto, como afirmou a Sr^a. M., apesar de o ISM ser uma casa de passagem, ele acaba por assumir o papel de espaço de permanência, como um SRT.

Não obstante, foi possível observar, em outros relatos, a reprodução do mito da periculosidade impregnado na concepção da figura do louco infrator. “A gente sabe muito bem quem são esses pacientes lá no CAPS porque eles chegam em uma viatura e são identificados.” Entretanto, as vivências no ISM me permitiram invalidar esse conceito, haja vista que sempre fui recebida da maneira mais afetuosa possível pelos ditos loucos perigosos. Dessa maneira, constato que a periculosidade maior se encontra no preconceito.

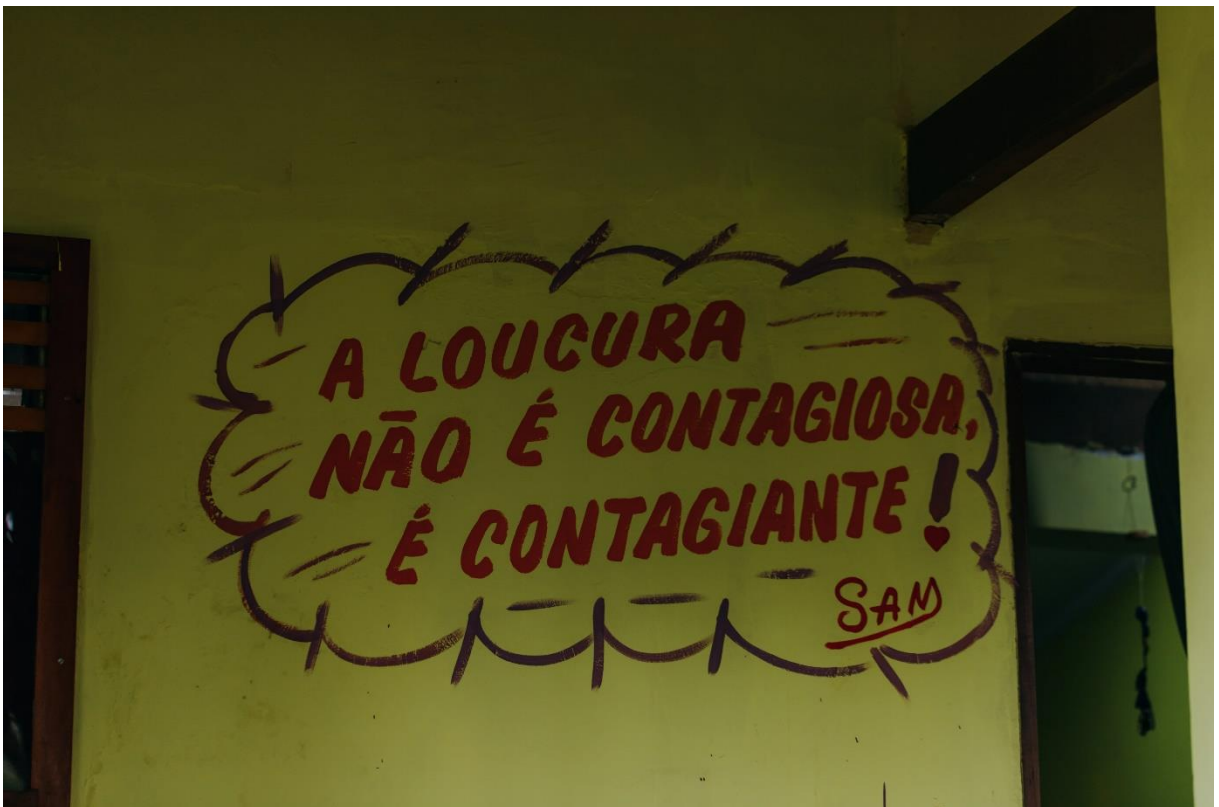
Em entrevista conduzida com a usuária Sr.^a A., umas das moradoras do ISM, quando questionada sobre o seu sentimento em relação ao diagnóstico que lhe fora dado - esquizofrenia, descreve-o carinhosa e benevolmente: “Normal, hajo como uma pessoa normal. Eu lido com a minha doença como se fosse uma relação de um pai com um filho, uma mãe com um filho...” A fala da Sra. A. proporciona uma importante reflexão, sobre como o usuário, o “louco”, por si só, contrariando os estigmas da doença, constrói a própria significação de sua condição, de um modo belo e desprovido de preconceitos.

Figura 8 - Ressignificação da Loucura



Fonte: Autoral (2018)

Figura 9 - A loucura é contagiante



Fonte: Autoral (2018)

Outro ponto mencionado foi a importância da medicalização associada a um projeto terapêutico singular acompanhado por profissionais qualificados. Nas palavras do Sr. E. “Acho que o governo tem que melhorar o serviço desse tipo de clientela e capacitar os profissionais que estão trabalhando diretamente com eles. Porque as condutas são diferentes.”

A respeito das atividades realizadas na Casa de Passagem, a Sr^a. J. contou que não há ao certo uma periodicidade delas, entretanto, com a reformulação da equipe multiprofissional e a incorporação da terapeuta ocupacional, há esperança de melhora. Quanto às responsabilidades da enfermagem, foram descritos os serviços de supervisão, orientação e controle de medicação, higiene, alimentação e mediação de possíveis conflitos entre os pacientes. Ocasionalmente, são realizadas caminhadas até a piscina de água natural ou para oficinas que acontecem no CAPS e no ambulatório, como a horta terapêutica, as oficinas de mosaico e de tecido e demais artesanatos. Todavia, devido à cronicidade da doença e aos anos de internação de alguns pacientes, a aderência a essas atividades fica comprometida, tornando a Casa de Passagem um ambiente ocioso, como anteriormente apontado. Conforme relatou o Sr. R.,

“A gente até tenta fazer algumas coisas. Às vezes, a gente faz uma tarde de cinema, traz o DVD e instala a televisão, faz pipoca, traz suco e refrigerante. Às vezes, algum colega traz uma bola e joga bola com eles. Às vezes, alguém traz uma música e fica dançando com eles. É assim.”

A incerteza advinda da fragmentação do ISM, com a mudança política, foi manifestada em muitas falas. Antes da divisão, as atividades terapêuticas da Casa de Passagem eram vinculadas ao CAPS e ao ambulatório. Quando perguntei sua opinião acerca da nova configuração do serviço, o Sr. E. ressaltou que a quantidade de funcionários aumentou, constituindo uma equipe multiprofissional de três enfermeiros, uma psicóloga, uma psiquiatra, uma terapeuta ocupacional e uma assistente social. Entretanto, a equipe estava passando por adaptações ao novo modelo, estudando formas de preencher as lacunas deixadas pela atual falta de comunicação dos serviços. Declarou a Sr^a. M.:

“A gente sabe que foi tudo uma questão política, como sempre é. Essa gestão tem uma modalidade diferente de atendimento que fragmentou nosso serviço para justificar a criação de outro. O que gera depois é mais perdas do que

ganhos, seja para os pacientes seja para nós, profissionais, que ficamos meio divididos enquanto como trabalhar.”

A divisão do antigo ISM em três serviços distintos ocasionou a ruptura de uma unidade integrada de três níveis diferentes, básico, médio e avançado, que se comunicavam em rede. Esse fato foi questionado pelos profissionais, que anteriormente podiam cumprir sua carga horária em qualquer um dos três serviços. Confessou o Sr. R.: “Digamos que, se aqui estivesse faltando algum funcionário, a gente podia puxar um lá de baixo para compensar aqui, para o serviço não ficar prejudicado. Hoje a gente não pode mais.”

Em contraponto, essa divisão acabou sendo um mecanismo para dar visibilidade à Casa de Passagem. Reiterou o Sr. R.:

“A gente não existia, a residência não existia, tanto que cada um colocava o nome que queria de acordo com a gestão. Às vezes, chamavam de Casa de Passagem. Às vezes, chamavam de residência terapêutica. Cada um denominava de um nome. Mas, para a secretaria, nós não existíamos, existia o Instituto de Saúde Mental com o setor que tinha pacientes que moravam.”

Já no CAPS e na atual policlínica são realizados atendimentos individuais, grupais e oficinas terapêuticas, que são intercalados entre si. O usuário é acolhido no CAPS e, sendo o seu perfil identificado como de ambulatório, é encaminhado a uma Unidade Básica de Saúde (UBS), que vai, então, realizar seu agendamento.

“A diferença é que o paciente do CAPS pode passar o dia lá, sendo que, no ambulatório, ele tem o atendimento com o profissional médico ou psicólogo e ele retorna para casa no momento que terminou. Em 50 minutos, vai embora. E lá ele tem uma alimentação. Aqui, não, porque ele é usual. Ele vem. Acabou a consulta, vai embora.”

Acerca do serviço regulador, a Sr^a. O. ressaltou que o agendamento deve considerar a disponibilidade do profissional. A marcação das consultas dispõe do atendimento aos usuários na sua primeira consulta e aos usuários no retorno, que configura o perfil da maioria dos usuários do serviço. “Então, logicamente, o paciente que vinha aqui em 1 mês, 2 meses, vai acabar vindo de 6 meses a 1 ano. Ele vai acabar tendo que seguir um padrão que é o que tem na saúde hoje do DF.”

Além disso, a mudança comprometeu a autonomia dos usuários, que podiam caminhar pelos três serviços, considerados espaços de “portas abertas”. A título de exemplo, anteriormente, quando o usuário do ambulatório precisava de uma atenção

mais intensiva, era feito o encaminhamento diretamente para o CAPS. Atualmente, o acesso é feito através do sistema de regulação da SES. Concluiu o Sr. O.: “Acho que a principal perda foi essa, essa perda de autonomia do paciente caminhar dentro do serviço”.

Por fim, perguntei aos entrevistados sobre as lacunas e fortalezas do ISM. Enquanto lacunas, percebi certa homogeneidade de respostas, que, em síntese, levantaram três questões: o abandono do Estado, manifestado pela precariedade de recursos; a fragmentação do serviço; e a ausência do fortalecimento dos elos entre o usuário e a família, por conseguinte, entre o usuário e a sociedade. Em unanimidade, a maior fraqueza apresentada referiu-se à precariedade de recursos.

“Aqui falta de um tudo, material de limpeza, sabonete para banho... Aí, ou a gente traz de casa ou vai atrás de doações. Nós recebemos da Secretaria, mas não é suficiente. O gasto aqui é muito grande. Falta medicação, falta insumo, falta pessoal. A Secretaria não disponibiliza roupa para os pacientes. A gente vive de doações. Alguns pacientes que recebem benefício compram. A Secretaria disponibiliza o pijama, a gente não usa o pijama neles. Imagina, isso aqui seria um manicômio, todos de pijama.”

De acordo com os entrevistados, a responsabilidade sobre as condições presentes origina-se na ausência do Estado: “Nós somos deixados de lado enquanto saúde porque não damos voto”. Isso reitera a necessidade de uma gestão com um olhar cauteloso para o perfil do instituto, assim como sobre seu funcionamento. Como ressaltou a Sr^a. J.,

“Por exemplo, eu já trabalhei no Hospital Base, em uma enfermaria também, onde os pacientes às vezes ficavam de 2 a 3 meses porque não melhoravam. Eu posso olhar da mesma forma? Não, o perfil dos pacientes é diferente e o perfil da estrutura. Aqui tem possibilidades infinitas porque aqui tem espaço que em outro setor você não tem. O paciente aqui poderia passar um dia em alguma oficina... Agora, como é que o paciente vai escolher o que não existe? Existe no papel, mas não existe na prática. Porque não é dado nenhum incentivo a quem faz também. Porque quem faz aqui faz na cara e na coragem. Porque falta tudo.”

Além disso, de acordo com os entrevistados, atualmente preconiza-se a quantidade de atendimentos à qualidade. Conforme relatou a Sr^a. E.,

“Eu estou aqui há 16 anos e eu tenho colegas muito mais antigos. A realidade é totalmente diferente. Quando eu entrei no ambulatório, toda sexta-feira tinha visita domiciliar, sempre tinha aquele paciente que a gente ia na casa dele e tinha conversa com a família, porque geralmente a família escolhe um para doente, mas a família toda é adoecida. A gente tinha toda semana

reunião de família. Então, as coisas foram se perdendo porque esse tipo de coisa a gente não recebe financeiramente e o atendimento médico se recebe. Então, o que importa para o Estado é o número de atendimentos e não a qualidade desse atendimento.”

A fragmentação do serviço também debilitou a autonomia dos profissionais e dos usuários. Após a nova configuração, o ISM passou a ser associado apenas à Casa de Passagem, que sobremaneira provoca questionamentos por não se configurar nem como casa de passagem nem como residência terapêutica. Na visão dos profissionais, antes da divisão existia mais rapidez e facilidade; atualmente, o serviço é mais burocratizado. Afirmou a Sr^a. M.:

“Qualquer mudança ou desestruturação de um serviço que funciona há 30 anos com êxito, quem sempre vai sofrer lá na ponta não é o funcionário, mas sim o usuário, a população. Se o paciente está em crise, tem que fazer o acolhimento. Do acolhimento, se ele não estiver com um familiar, tem que entrar em contato, mandar vir em outro dia. Então, burocratizou, dificultou o acesso e o fluxo aqui dentro do serviço. O instituto como instituto é muito bom, o modelo, o que a gente tentava fazer, mesmo com toda a dificuldade. Agora os serviços repartidos e divididos do jeito que está é que está levando para esse modelo aí.”

Dessarte, para além da presença do Estado, foi reivindicada a necessidade de mais profissionais do serviço social para realizarem essa interlocução entre usuário e família.

“Tem paciente nosso aqui que tem família, tem renda. Tem paciente que, se formos analisar, na minha opinião, não tem necessidade nenhuma de estar aqui. Caberia ao serviço social fazer essa ponte entre paciente e família, fortalecendo a família, dando estrutura para família. Teria que ter um trabalho com a família e um tratamento continuado para esse paciente continuar vinculado com a gente. Então, uma lacuna que o instituto apresenta é essa questão do serviço social, e a deficiência está na quantidade porque, como tem uma demanda alta de serviço social, não só aqui em cima como lá embaixo, tem essa questão de dividir, né?! A gente não sabe quem vai ficar aqui em cima com a gente. E isso faz com que o serviço fique prejudicado, na verdade, o elo fique prejudicado entre a família e o paciente.”

Em contraste, apesar de todas as dificuldades relatadas, uma das principais fortalezas que pude perceber nessa imersão no ISM, concerne à equipe, seu desempenho, que preza pelo tratamento humanizado, pelo atendimento com respeito e pelo cuidado com o usuário do serviço. No contato diário, muitos dos profissionais, que em média possuem mais de 10 anos de serviço no ISM, criam vínculos e laços familiares com os usuários. Como contemplou a Sr^a. M. em sua fala,

“as pessoas que trabalham aqui são pessoas que acreditam, que tem sempre a esperança que podem mudar para melhor alguma coisa.” De fato, o que seria da saúde mental se não fosse a esperança? Em um dos relatos, uma das profissionais me confidenciou, de forma metafórica, que a experiência com a saúde mental por vezes se assemelha a “amassar barro”. Ou seja, um trabalho sem resultados imediatos e cuja efetividade pode ser vista, por vezes, de forma indeterminada. Afirmou, entretanto, que era gratificante ao conversar com os familiares e com os próprios usuários, pois havia, sim, um progresso.

Ainda, o ISM conta com o diferencial geográfico de espaços abertos. O ambiente, a paisagem, a área verde, aos quais os usuários têm livre acesso, são, na minha opinião, por si só, terapêuticos. Como exemplificou a Sr^a. J., “onde é que você vai encontrar uma horta terapêutica?”.

Figura 10 - Interação com a natureza



Fonte: Autoral (2018)

Ademais, foram apresentadas questões consideradas como pontos positivos do ISM em sua forma antiga, enquanto instituto concentrador dos três serviços - CAPS, Policlínica e Casa de Passagem, tais quais a ausência do medo, a limpeza, a

dedicação e a diversidade de perfis dos usuários e dos profissionais que o ISM comporta. Concluiu a Sr^a. M.: “Apesar das dificuldades, não desistimos de fazer por eles. Porque, se a gente não fizer, não vai ter ninguém que faça. Nós fazemos pelos usuários e não pelo sistema em si porque o sistema foi defasado, está comprometido e descaracterizado.”

Figura 11 - Loucura é resistência



Fonte: Autoral (2018)

DISCUSSÃO

A partir dos resultados encontrados, é possível inferir o quão distante ainda está a realidade dos serviços da RAPS do Distrito Federal do preconizado pelas normas e leis vigentes, visto que a promulgação de leis e portarias não garante o cumprimento de seu conteúdo (VIDAL et al, 2008).

Um exemplo disso é a inexistência dos SRT no Distrito Federal. As residências terapêuticas constituem-se como alternativas de moradia para indivíduos que estão internados em hospitais psiquiátricos ou residindo temporariamente em casas de passagem por não contarem com suporte adequado na família ou na comunidade.

Com o fim de garantir a implantação efetiva dessa modalidade assistencial substitutiva às internações prolongadas, o Brasil dispõe da Política Nacional de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas e das seguintes legislações: Lei n.º 10.216/2001, que discorre sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais, redirecionando o modelo assistencial em saúde mental; e Lei n.º 10.708/2003, que institui o auxílio reabilitação para pacientes egressos de internações psiquiátricas, com exemplo do Programa de Volta para Casa. Há, ainda, diretrizes de redução de leitos constantes nas Portarias GM n.º 52 e 53/2004, do Ministério da Saúde, que estabelecem a redução progressiva de leitos psiquiátricos no país. Também a Portaria n.º 106/2000, do Ministério da Saúde, introduz os SRT no SUS para egressos de longas internações; e a Portaria n.º 1.220/2000 regulamenta a portaria 106/2000, para fins de cadastro e financiamento no SIA/SUS. (BRASIL, 2004).

Somente se obtém êxito na desinstitucionalização e reintegração das pessoas com transtornos mentais quando os direitos de morar e de circular nos espaços da cidade e da comunidade são garantidos. É essa circulação que impossibilita caracterizar a Casa de Passagem do ISM enquanto residência terapêutica e ferramenta de reintegração. Em uma das conversas com os profissionais da Casa de Passagem, recordo-me de uma fala que me chamou bastante atenção:

“A gente está na capital do país e não tem uma residência terapêutica. Por que como é que é residência terapêutica se não há ressocialização? Se o paciente quiser ir ali comprar pão, ele vai? Não. Isso é residência terapêutica, sem o mínimo de autonomia? Ele pode ir e vir? Aqui dentro, quer dizer, ele não tem convívio em comunidade. Pode dar bom dia para o vizinho? Que vizinho? Isso não é residência. O uso político das coisas é de acordo com a conveniência, por isso que essa coisa de política eu acho muito complicada. Você vê pessoas que teoricamente eram para estar defendendo os direitos

humanos e chamam isso aqui de residência. E também não é passagem. Só se for para o além, daqui para outro lugar.”

Não obstante, o ISM, integrante da RAPS do Distrito Federal, ainda desempenha um importante papel na prestação de serviços aos seus usuários. Em 30 anos de existência, esse instituto contempla exemplos exitosos de boas práticas em saúde mental, promove atividades e serviços com alicerce nos princípios do SUS, corroborando com o cuidado integral e acrescentando a qualificação do cuidado em saúde mental.

Considerado esse cenário de limites e também de avanços, particularmente as normas concernentes à saúde mental têm recuado em relação ao que há cerca de 50 anos havia sido conquistado. A atualidade é permeada de retrocessos legislativos e ideológicos.

O abandono desses usuários que passarão “para o além” antes que recebam a devida visibilidade é fundamentado nas recentes atualizações da Portaria nº 3.659/2018, que suspende o repasse de recurso financeiro destinado ao incentivo do custeio mensal de CAPS, SRT, Unidades de Acolhimento (UA) e Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da RAPS.

Ademais, a Nota Técnica nº 11/2019, da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, do Departamento de Ações Programáticas Estratégicas da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde, intitulada como Nova Saúde Mental, recomenda a ampliação de leitos em hospitais psiquiátricos e a criação de comunidades terapêuticas dentro da RAPS, incentivando, assim, o retorno à lógica manicomial. Ainda, anuncia que aparelhos de eletroconvulsoterapia devem ser financiados pelo Ministério da Saúde, a fim de se obter um “tratamento efetivo” aos pacientes com transtornos mentais.

O fato é que a Nova Saúde Mental, indicada pela referida nota técnica, desconstrói a política de saúde mental vigente até então, assim como o que versa a Lei nº 10.216/2001, o marco legislativo de maior importância no âmbito da saúde mental no país.

Com o fim de exprimir o pensamento enquanto ato político (PELBART, 1989) e considerando que o profissional bacharel em Saúde Coletiva é formado para atuar em defesa dos princípios e diretrizes do SUS, dando voz aos indivíduos em sua totalidade, a partir de determinantes sociais, com alicerce no modelo biopsicossocial, é mister o

engajamento na luta pela defesa de um SUS humanizado. Assumindo um papel fundamental no processo de tomada de decisões, não me poderia omitir diante de um modelo retrógado, que traz de volta o hospital para o centro do cuidado em saúde mental, privando o sujeito da liberdade, dentro de um sistema que não favorece a sua ressocialização, reintegração, mas sim a exclusão, sustentada pelo manicômio mental há séculos em todo o mundo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na apresentação desta monografia, tive como objetivo relatar a atuação do ISM na RAPS do Distrito Federal, levando em conta as práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde mental de seus usuários. Partindo da conjectura que sugere a importância do profissional sanitário na construção e reformulação de políticas públicas de saúde, assim como na efetivação de boas práticas na RAPS, evidencia-se necessária uma reflexão mais profunda sobre as questões supracitadas, para que se torne possível melhorar a rede de saúde mental no Distrito Federal.

Diante de toda a discussão levantada e enquanto conclusões obtidas, pude conhecer uma rede de serviços que apresenta fortalezas e lacunas. Especialmente em relação às faltas, essa rede carece, sobretudo, de visibilidade, proximidade, conhecimento e apoio do Estado a fim de fortalecer seu serviço.

A exemplo, pode-se questionar se a decisão de fragmentação do ISM pautou-se por estudos, ou por conhecimentos prévios e próximos da realidade dos serviços, visto que a impressão generalizada apontada pelos funcionários sobre a medida foi negativa. Um Estado mais atento à problemática poderia proporcionar medidas de gestão mais adequadas que objetivem o bem-estar dos envolvidos, sejam funcionários ou usuários, e o melhor tratamento destes.

A preservação ideológica da reforma psiquiátrica depende da ação de um conjunto de atores. Diante da atual conjuntura de avanço do conservadorismo, de redução de recursos para as políticas públicas sociais manifestada em retrocessos legislativos que põem em risco conquistas alcançadas anos atrás, mais do que nunca, deve-se priorizar a desinstitucionalização e reintegração das pessoas com transtornos mentais que se encontram enclausuradas em instituições totais, sem o devido tratamento às suas necessidades.

Por fim, enquanto recomendação, observa-se necessária a implementação dos SRTs no Distrito Federal. É imprescindível reforçar a desconstrução do modelo hospitalocêntrico e lutar a cada dia contra o manicômio em suas várias formas, do hospital psiquiátrico à comunidade terapêutica, incluindo o manicômio judiciário.

REFERÊNCIAS

BIRMAN, J. A *Physis* da Saúde Coletiva *Physis*: **Rev. Saúde Coletiva**, v. 15, p. 11-16, 2005.

BRASIL. Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.**

BRASIL. Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003. **Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.**

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.**

BRASIL. Ministério Público Federal (MPF) e Procuradoria Federal dos Direitos do Cidadão (PFDC). **Parecer sobre medidas de segurança e Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico sob a perspectiva da Lei nº 10.216/2001.** Brasília, 2011.

BRASIL. Portaria/GM nº 106, de 11 de fevereiro de 2000. **Institui os serviços residenciais terapêuticos.**

BRASIL. Portaria/GM nº 1.220, de 7 de novembro de 2000. **Dispõe sobre a criação do serviço residencial terapêutico em saúde mental, da atividade profissional de cuidador em saúde, do grupo de procedimentos de acompanhamento de pacientes e do subgrupo de acompanhamento de pacientes psiquiátricos, do procedimento de residência terapêutica em saúde mental, dentre outros.**

BRASIL. Portaria nº 2.078/GM, de 31 de outubro de 2003. **Institui a Comissão de Acompanhamento do Programa “De volta para casa”.**

BRASIL. Portaria nº 3.659, DE 14 DE NOVEMBRO DE 2018. **Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Unidades de Acolhimento (UA) e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS.**

BRASIL. Portaria nº 246, de 17 de fevereiro de 2005. **Destina incentivo financeiro para implantação de serviços residenciais terapêuticos e dá outras providências.**

BRASIL. Portaria/SNAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. **Estabelece diretrizes e normas relacionadas ao bom desempenho no funcionamento das ações na área da saúde mental.**

BRASIL. Portaria nº 1.720, de 4 de outubro de 1994. **Institui o dia 10 de outubro de 1994 como o Dia Mundial da Saúde Mental pela Federação Mundial de Saúde Mental e pela Organização Mundial da Saúde.**

BRASIL. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. **Define que fica estabelecida a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), com o intuito é de criar, ampliar e articular pontos de atenção à saúde para as pessoas transtorno mental ou com problemas voltados ao uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.**

BRASIL. Ministério da saúde. secretaria de atenção à saúde. departamento de ações Programáticas Estratégicas. **Residências Terapêuticas: o que são, para que servem. Brasília: Ministério da saúde, 2004b.** (série F. comunicação e Educação em saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde.DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas.** OPAS. Brasília, novembro de 2005.

CAETANO DA SILVA, Haroldo. **Paili: Programa de Atenção Integral ao Louco Infrator.** Goiânia: MP/GO, 2013.

DELGADO, P. G.; SCHECHTMAN, A.; WEBER, R.; AMSTALDEN, A. F.; BONAVIGO, E.; CORDEIRO, F.; ET AL. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F.; KOHN, R. (Orgs). Epidemiologia da Saúde Mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed, 2007, p. 39-83.

Doença mental e psicologia. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1968.

FOUCAULT, Michel. **História da loucura.** São Paulo: Perspectiva, 2008.

FRAYZE-PEREIRA, João. **O que é loucura.** São Paulo: Abril. Cultural/Brasiliense, 1985, 108 p.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 1974.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório sobre a saúde no mundo 2001:** Saúde mental: nova concepção, nova esperança. 2001.

MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: HUCITEC; 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Mental health action plan 2013 – 2020.** 1. Genebra: OPAS/OMS, 2013.

PAIN, Jairnilson S. e Naomar de Almeida Filho, Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, 32 (4): 299-316, 1998.

PEIRANO, Mariza. Etnografia, ou a teoria vivida. **Ponto Urbe**. 2, 2008.

PELBART, Peter Pál. “**Manicômio mental - a outra face da clausura**”. Saúde Loucura. 2. São Paulo: Ed. *Hucitec*, 1990.

SAMPAIO, José Jackson Coelho. **O processo saúde/doença mental como objeto da epidemiologia**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

SOARES, Marden; BUENO, Paula. Direito à saúde mental no sistema prisional: reflexões sobre o processo de desinstitucionalização dos HCTP. **Ciência e Saúde coletiva**. v.21, n.7, p.2101-2110, 2016.

VIDAL, C. E. L.; BANDEIRA, M.; GONTIJO, E. D. **Reforma psiquiátrica e serviços residenciais terapêuticos**. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 57, n. 1, p.70-79, 2008.

ANEXO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O Instituto de Saúde Mental e a ressignificação da loucura: possibilidades de atuação do sanitarista na Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal

Pesquisador: Érica Quinaglia Silva **Área Temática:**

Versão: 1

CAAE: 87865018.9.0000.5540

Instituição Proponente: Instituto de Ciências Humanas/UNB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.711.711

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa para a monografia de graduação do curso de Saúde Coletiva da FCE-UnB. É um estudo qualitativo com realização de etnografia no Instituto de Saúde Mental para conhecimento das percepções dos usuários e dos profissionais de saúde que atuam nessa instituição. Os dados serão coletados a partir de entrevistas, vivências e observação dos serviços de saúde oferecidos pelo ISM com destinação à recuperação da saúde mental e finalidade permanente de reinserção social dos usuários em seu meio.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo principal da pesquisa é: Investigar qual é o papel do Instituto de Saúde Mental na Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal na promoção, proteção e recuperação da saúde mental por meio do conhecimento das percepções de seus profissionais de saúde e usuários. Objetivos secundários são: Identificar quais são os impactos dos serviços de saúde oferecidos no Instituto de Saúde Mental nos

processos vividos pelos usuários e profissionais de saúde; identificar as possibilidades de atuação do profissional sanitário na Rede de Atenção Psicossocial do Distrito Federal; comparar a aplicação dos serviços de saúde oferecidos pelo Instituto de Saúde Mental com a legislação de saúde mental vigente; relatar a importância do Instituto de Saúde Mental para o processo de reformulação do modelo assistencial em saúde mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Sobre os riscos, as pesquisadoras afirmam que a pesquisa abordará tema sensível aos/às participantes, sobretudo aos usuários do ISM, apesar de os riscos serem mínimos, é possível que possa ocorrer eventual desconforto. Esses danos serão minimizados por meio de realização de entrevista em local reservado. Caso solicitado, a entrevista será interrompida, sem qualquer prejuízo aos/às participantes, conforme consta do TCLE. No caso dos usuários, eles poderão ser encaminhados para os serviços disponíveis no próprio instituto. Em relação aos benefícios, espera-se com esta pesquisa conhecer modelos substitutivos à internação de pessoas com transtornos mentais, especificamente daquelas em conflito com a lei, em hospitais-presídios. Em última análise, espera-se fornecer perspectivas de melhoria na atenção a essa população mediante o aperfeiçoamento de políticas públicas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está de acordo com as exigências das resoluções sobre a ética em pesquisa. Estão cientes dos possíveis riscos que a pesquisa pode causar e apresentaram soluções para esses riscos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentaram todos os termos necessários.

Recomendações:

Não há recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O parecer é favorável à realização da pesquisa.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1092933.pdf	17/04/2018 20:35:14		Aceito
Outros	instrumento_coleta_de_dados.docx	17/04/2018 20:34:08	JULIANA CRISTINA BARBOSA BORGES	Aceito
Outros	Termo_autorizacao_imagem_som.docx	17/04/2018 20:33:46	JULIANA CRISTINA BARBOSA BORGES	Aceito

Outros	Curriculo_Lattes_Juliana.pdf	17/04/2018 20:33:01	JULIANA CRISTINA BARBOSA BORGES	Aceito
Outros	Curriculo_Lattes_Erica.pdf	17/04/2018 20:32:40	JULIANA CRISTINA BARBOSA BORGES	Aceito
Outros	carta_de_revisao_etica.docx	17/04/2018 20:32:16	JULIANA CRISTINA BARBOSA BORGES	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento.docx	17/04/2018 20:31:37	JULIANA CRISTINA BARBOSA BORGES	Aceito
Outros	aceite_institucional.pdf	17/04/2018 20:30:32	JULIANA CRISTINA BARBOSA BORGES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ISM_UnB_Juliana.docx	17/04/2018 20:29:46	JULIANA CRISTINA BARBOSA BORGES	Aceito

Orçamento	Orcamento.docx	17/04/2018 20:29:29	JULIANA CRISTINA BARBOSA BORGES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	17/04/2018 20:29:14	JULIANA CRISTINA BARBOSA BORGES	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_pesquisa.docx	17/04/2018 20:28:44	JULIANA CRISTINA BARBOSA BORGES	Aceito
Brochura Pesquisa	Brochura_pesquisa.docx	17/04/2018 20:28:31	JULIANA CRISTINA BARBOSA BORGES	Aceito
Folha de Rosto	Folha_Plataforma_Brasil.pdf	29/03/2018 10:42:48	JULIANA CRISTINA BARBOSA BORGES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASILIA, 13 de Junho de 2018

Assinado por:
Éverton Luís Pereira
(Coordenador)